



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS

POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Tesis previa a la obtención del
Título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LAS PARROQUIAS RURALES
DEL CANTON GUALACEO 2015**

Autor: Dra. Maritza Leticia Barbecho Narea

C.I. 0103809042

Director: Dra. Ximena Paola Albuja Arias

C.I. 0102345212

Cuenca – Ecuador

2017



RESUMEN

Introducción:

Se analizan los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos ya que cada día son más los adultos mayores con esta enfermedad y que en el futuro una buena adherencia mejoraría su calidad de vida

Objetivos: Es poder determinar factores asociados a la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos de las Parroquias rurales del Cantón Gualaceo 2015.

Metodología: se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, con una muestra de 276 adultos mayores hipertensos que acuden a los subcentros de las Parroquias rurales del Cantón Gualaceo. Para la evaluación de la adherencia al tratamiento se aplicó el test de Bonilla y De Reales; y el test de Morisky-Green; para determinar la funcionalidad de la familia se utilizó el APGAR familiar. Los datos se analizaron con el programa SPSS v15.

Resultados: Se encontró una baja adherencia terapéutica del 4,0% según Morisky, asimismo según Bonilla se presentó una ventaja para adherencia del 8,7%; en riesgo de no adherencia 22,5% y no adherencia 68,8%. El estado civil, la ocupación, estructura familiar y el nivel de instrucción se asociaron a la no adherencia al tratamiento. La no adherencia al tratamiento fue mayor en los pacientes con ausencia de control de presión arterial, con la presencia de comorbilidades y complicaciones de la hipertensión arterial.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos es muy baja y depende de varios factores de los cuales la funcionalidad familiar es importante.

Palabras Clave: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTADO NUTRICIONAL, CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA.



ABSTRACT

Introduction:

We will analyze the factors that influence on the adherence to treatment in these patients in reason that each day there are more older adults with this disease and because in the future a good adherence to treatment would improve their quality of life

Objectives: Is to determine factors associated with the adherence to treatment in the elderly hypertensive patients from rural parishes of the Canton Gualaceo 2015.

Methodology: We carried out an observational analytical, cross-sectional study, with a sample of 276 elderly hypertensive patients who come to the subcenters of rural parishes of the canton Gualaceo and in Views home. For the evaluation of adherence to treatment was applied the test of Bonilla and of real; and the Morisky-Green test; to determine the functionality of the family used the family APGAR. The data were analyzed with the SPSS v15.

Results: It was found a low therapeutic adherence of 4.0% according to Morisky also according to Bonilla was presented an advantage for adherence of 8.7%; risk of non-adherence 22.5% and non-adherence 68.8%. The civil status, occupation, family structure and the level of instruction is associated to the no adherence to treatment. The non-adherence to treatment was higher in the patients with absence of control of blood pressure, with the presence of comorbidities and complications of high blood pressure.

Conclusions: The adherence to treatment in hypertensive patients is very low and depends on several factors of which the family functionality is important.

Key words: ADHERENCE TO TREATMENT, FAMILY FUNCTIONALITY, NUTRITIONAL STATUS, SOCIO-ECONOMIC STATUS.



Índice

	Página
RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
Índice.....	4
AUTORÍA	6
RECONOCIMIENTO	7
AGRADECIMIENTO.....	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	14
CAPÍTULO III	19
3.1 HIPÓTESIS	19
3.2 OBJETIVO GENERAL	19
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
CAPÍTULO IV.....	20
4.1 Tipo de estudio	20
4.2 Área de estudio.....	20
4.3 Población de estudio.....	20
4.4 Muestra.....	20
4.5 Tamaño de la muestra	21
4.6 Asignación de los pacientes al estudio	21
4.7 Variables.....	21



4.8 Matriz de variables.....	22
4.9 Operacionalización de variables	22
4.10 Criterios de inclusión y exclusión	24
4.11 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos.....	24
4.12 Plan de análisis.....	26
4.13 Aspectos éticos.....	26
CAPÍTULO V.....	28
5. Resultados	28
CAPÍTULO VI.....	39
6.0 DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO VII.....	45
7.1 Conclusiones	45
7.2 Recomendaciones	46
8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
9.0 ANEXOS.....	54



AUTORÍA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AUTORÍA

Yo, Dra. Maritza Barbecho Narea, autora de la tesis **"FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTON GUALACEO 2015"** Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, marzo de 2017

Dra. Maritza Barbecho Narea

CI: 0103809042



RECONOCIMIENTO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RECONOCIMIENTO

Yo, Dra. Maritza Barbecho Narea, autora de la tesis **“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTON GUALACEO 2015”** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, marzo de 2017

Dra. Maritza Barbecho Narea

CI: 0103809042



AGRADECIMIENTO

A mi esposo e hijo por estar siempre apoyándome a seguir adelante y cumplir mis metas.

A mis padres quienes gracias a apoyo y sus palabras de aliento no me dejaron decaer y me acompañaron en los momentos difíciles.

A mi directora de tesis quien gracias a su apoyo y orientación que me brindó he logrado culminarla.

Dra. Maritza Barbecho Narea



DEDICATORIA

A mi esposo e hijo quienes con su apoyo, consejos, amor, comprensión me han apoyado para conseguir mis objetivos.

A mis padres quienes me impartieron valores, principios, lo que me permitió seguir adelante y conseguir mis ideales.

Dra. Maritza Barbecho Narea



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial es la hipertensión arterial. En la mayoría de países forma parte de las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población adulta y adulta mayor. El impacto de este problema de salud se debe a las complicaciones que produce esta enfermedad a largo plazo, de las cuales las cardiovasculares son las más importantes.(1)

Los pacientes que han sido diagnosticados de hipertensión arterial deben recibir los cuidados necesarios para mejorar su calidad de vida y evitar las complicaciones, que son frecuentes si existe un tratamiento inadecuado o falta de adherencia al tratamiento. Para el tratamiento del paciente hipertenso es necesario algunas estrategias de las cuales las más importantes son el cambio de los estilos de vida por hábitos saludables que promuevan la práctica del ejercicio físico y una alimentación sana; pero además, es necesario que el paciente tome la medicación que el médico le prescribe según un protocolo de manejo del paciente hipertenso. (2)

Lamentablemente, la población de adultos mayores en las áreas rurales no dispone de las condiciones de vida adecuadas, por falta de recursos económicos, porque muchos viven solos o tienen limitaciones importantes en su autonomía, porque no tienen acceso adecuado a los servicios de salud, o si los tienen, este no es adecuado para mantener un correcto seguimiento de sus problemas de salud.(3)

El fracaso del tratamiento antihipertensivo puede ser de causa multifactorial en la población de adultos mayores, además de los ya mencionados, existen otros problemas relacionados como el tipo de familia y la funcionalidad familiar, el nivel de instrucción o su estado civil. (2) Determinar estos factores y el impacto del cumplimiento de las indicaciones terapéuticas es de relevancia para mejorar la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes en las unidades del primer nivel de atención de salud.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos es una tarea difícil de cumplir ya que interviene diferentes factores razón por la cual en nuestro país Ecuador la hipertensión arterial es la segunda causa de mortalidad de ahí nuestro interés en conocer los factores que influyen en el incumplimiento del tratamiento. Con un total de 2.053 defunciones por enfermedades hipertensivas siendo ésta la segunda causa de mortalidad en el país con un porcentaje de 7,28% y una tasa de 25,80 por cada 100.000 habitantes reportado en el anuario de estadísticas de nacimientos y defunciones de la República del Ecuador del 2013(4) De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión arterial afecta a uno de cada tres adultos de 25 o más años de edad, lo cual representa aproximadamente unos mil millones de personas. (5) De igual manera, según el estudio de Salazar y cols, en los Estados Unidos la hipertensión arterial afecta al 67% de los mayores de 60 años. (6)

La hipertensión arterial es una enfermedad silente que no causa mayor sintomatología por lo cual muchos pacientes descuidan su tratamiento. Sin embargo, las complicaciones a largo plazo pueden ser muy difíciles de tratar y en otros casos son las principales causas de morbilidad en la población adulta mayor. El daño renal, cardiovascular, cerebral por lesiones de las arterias que llevan a infartos o hemorragias, o la falta de funcionamiento en el caso de los riñones puede comprometer seriamente la calidad de vida de los pacientes. (7)

Un paciente hipertenso que no cumple adecuadamente su tratamiento, utiliza gran parte de su tiempo en buscar ayuda médica. Su calidad de vida se deteriora rápidamente, son pacientes polimedicados por que acuden a varios médicos creyendo que la medicación no es buena y por lo tanto hay un mayor gasto económico con repercusiones tanto para el individuo como para la familia.(8)

La falta de adherencia al tratamiento es motivo para creer que la atención que se brinda en las unidades de salud no es suficiente o no es de calidad. Con un impacto directo en la aceptación y credibilidad de la atención.



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos de las Parroquias Rurales del Cantón Gualaceo?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se enfatiza mucho en la prevención de las enfermedades no transmisibles y una de ellas es la hipertensión arterial. Este estudio está encaminado a determinar la adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos, en las Parroquias rurales del Cantón Gualaceo donde existen los clubs de hipertensos que mediante la consulta y las visitas domiciliarias se evidenció que no acuden periódicamente a retirar su medicación por distintas razones pero el hecho de no cumplir con su tratamiento ponen en riesgo su calidad de vida ya que las veces que acude están con periodos largo de suspensión de la medicación y sus tensiones arteriales son elevadas.

El beneficio para el paciente hipertenso adulto mayor de este estudio, será una valoración integral de su condición de salud, que en caso de alteraciones importantes o complicaciones será remitido al médico especialista para que reciba la atención médica necesaria. Otro beneficio indirecto, está relacionado con la identificación de factores que pueden ser modificables y que por lo tanto mejorarían su condición de salud. Si logramos mejorar la salud del paciente hipertenso, también mejoramos la calidad de vida no solo del paciente sino también de la familia que esta directa o indirectamente vinculada con el cuidado.

La relevancia científica de este estudio, es disponer de evidencia objetiva de las causas que están asociadas a la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos. Conocer cuál es el grado de adherencia que los pacientes tienen, será información útil para proponer mejores estrategias y programas de salud que incrementen el grado de adherencia a los tratamientos. Los datos servirán para mejorar los programas educativos al adulto mayor en temas de salud, para proponer cambios en los protocolos de manejo del paciente hipertenso.



Finalmente, este estudio es una fuente de información para mejorar el conocimiento de un problema de salud que afecta a una gran mayoría de la población y que debe ser manejado desde el primer nivel de atención con un enfoque integral familiar y comunitario, razón de nuestra formación de especialistas.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Cuando la presión arterial sistólica se encuentra de 140 mmHg o mayor, y la presión arterial diastólica de 90 mmHg o mayor se define con hipertensión arterial.(9) Con un total de 2.053 defunciones por enfermedades hipertensivas siendo ésta la segunda causa de mortalidad en el país con un porcentaje de 7,28% y una tasa de 25,80 por cada 100.000 habitantes reportado en el anuario de estadísticas de nacimientos y defunciones de la República del Ecuador del 2013.(4)

La prevalencia de hipertensión arterial en los Estados Unidos, de acuerdo al estudio NCHS realizado entre 2011-2014 reporta una cifra del 64.9% en adultos mayores de 64 años, según el sexo en los hombres representa el 63.1% y en las mujeres 66.5%. (10) En Iran estas cifras alcanzan el 68% de la población adulta mayor. (11)

El 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se da en países de ingresos bajos y medios.(12) Para obtener mejores condiciones de vida y de salud la adherencia al tratamiento es entendida como la participación y colaboración voluntaria y proactiva del paciente hacia su tratamiento.(13)

Las comorbilidades y las complicaciones crónicas que afectan la calidad de vida de estas personas tienen una carga económica grande para los países.(9)La adherencia engloba : forma de administración , cumplimiento de dosis, persistencia en la duración del tratamiento prescrito.(14)

En España el cuestionario más utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos ha sido el de Morisky-Green certificado en su versión española por Val Jiménez y cols. (14) Otro cuestionario que también puede ser utilizado es el diseñado por Bonilla y De Reales en al año 2006 , que consta de 24 ítems con el cual se valora factores vinculados con el equipo de salud, terapia, proveedor, sistema, factores socioeconómicos y paciente.(15)



Entre los factores que ayudan a una buena adherencia están apoyo de redes sociales, conocimiento de la enfermedad, respaldo de instituciones. Por lo contrario un inadecuado conocimiento acerca de la enfermedad, problemas económicos, inconvenientes en modificar hábitos desfavorece la adherencia. (16)

En un estudio realizado y publicado en ENSANUT-ECU reporta que el 48,7% de las personas que declaran ser hipertensas no tomaron el tratamiento en las dos últimas semanas lo que refleja un problema en el acceso a medicamentos y por tanto una deficiente adherencia a las medidas terapéuticas. En el Ecuador según las cifras del INEC señala que el 7.9 % de la población son adultos mayores.(17)

En la población de 65 años, más del 80% de las muertes por enfermedad cardiovascular y cerebrovascular es por la hipertensión arterial .(18) En la actualidad la principal causa de muerte en todas las regiones del mundo son las enfermedades crónicas no transmisibles.(18)

En el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre la década del 2000 al 2010 la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares han elevando su mortalidad el cual se vincula con una incorrecta nutrición, sedentarismo ayudado por el elemento hereditario de estas patologías.(19)

Uno de los factores de riesgo para desarrollar una enfermedad cerebrovascular es la hipertensión arterial, estas enfermedades metabólicas crónicas provocan muertes que con un adecuado estilo de vida son prevenibles .(19) La edad, género y factores comorbidos como la obesidad, dislipidemias, tabaquismo y diabetes guardan una relación estrecha con la existencia de la hipertensión arterial. Además se confirma que la hipertensión arterial es factor de riesgo para el desarrollo de diabetes y sus complicaciones.(20)

Existe evidencia que los adultos físicamente activos de más de 65 años presentan un riesgo menor de enfermedades cardiovasculares que las personas inactivas.(21)



Uno de los cuatro factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles es el alcohol, el mismo que es susceptible de modificación y prevención.(22)

En varios estudios se demuestra que los ejercicio que realiza una persona en razón de prevenir una enfermedad lo deja a los 6 meses de iniciado, representando más del 50%, de igual manera la tercera parte de los pacientes que se adhieren a una dieta la mantienen por no más de año.(23) El llevar hábitos saludables entendiéndose esto como la ingesta de frutas, verduras, alimentos bajos en sal y la reducción de grasas, frituras, el consumo nulo o moderado de bebidas alcohólicas y tabaco, así como el bajar de peso en personas obesas, el realizar ejercicio físico trae consigo una reducción en la presión arterial.(24)

Entre los factores de riesgo tenemos que las personas de raza negra tienen mayor predominio de presentar esta enfermedad, en relación al sexo se ve una igualdad tanto en hombres como mujeres hasta los 50 años y después de este se invierte siendo más prevalente en las mujeres, en cuanto a los factores socio económicos se observa un mayor control de esta enfermedad en las personas con un nivel económico elevado ya que tiene mayor conocimiento y accesibilidad a centros de atención que las personas de estatus económico bajo.(24)

Las complicaciones más comunes de la hipertensión arterial son la insuficiencia cardíaca, arterial periférica y renal.(20) Para medir el grado de obesidad se utiliza el índice de masa corporal (IMC), por ser un método sencillo de aplicar, teniendo una relación entre la talla y el peso en Kg.(25)

En la actualidad se observa una tendencia aumentada a la adopción de estilos de vida no saludables y como consecuencia de esto esté en aumento las prevalencias de enfermedades crónicas.(26) el tabaquismo, sedentarismo, dieta, diabetes y las dislipidemias son factores de riesgo para que se den las enfermedades cardiovasculares las mismo que son modificables.(23)

Se ha determinado que el conocimiento de su enfermedad por parte del paciente es un elemento que favorece el cumplimiento del tratamiento sea este farmacológico o



no farmacológico por ende mejora su calidad de vida en los años venideros.(27) Debido a que la población ha incrementado su esperanza de vida una de las enfermedades con incidencia del 30% en países desarrollados es la hipertensión arterial. El daño acelerado de órganos diana se da por el aumento de la presión arterial. (28) La neuropatía óptica isquémica es una de las lesiones a nivel ocular mas serias que produce la hipertensión arterial .(28)

De acuerdo a esto, podemos darnos cuenta la importancia de la adhesión al tratamiento en adultos mayores ya que no lograrlo provoca múltiples efectos secundarios e incluso incapacitantes y sobre todo es muy alta la prevalencia de esta enfermedad en nuestra población. En pacientes con HTA la adherencia al tratamiento tiene que ver con una vinculación activa de la familia en la asimilación de cambios de estilo de vida y más aún en el mantenimiento de estos según Roh y a Schnall.(13)

Según estudios realizados en Mexico por Marin-Reyes y cols, demuestran que las conductas que motivan al paciente a tomar sus medicamentos (RM 6.9, IC 95% 2.3-21.1) y apegarse a la dieta (RM 6.1, IC 95% 2.1-18.4 están íntimamente asociados al apoyo familiar.(29) Existen aspectos que facilitan una adecuada continuidad en el tratamiento y en las recomendaciones a pacientes hipertensos como son el apoyo familiar que reciben estos pacientes, lo que refleja la importancia que tiene la familia como soporte para el paciente hipertenso tanto en el aspecto económico como en lo emocional.(30) Están asociados a un mal cumplimiento de los fármacos antihipertensivos, la disfunción familiar , el escaso apoyo social y la presencia de eventos estresantes.(31)

Se ha determinado que los varones ingleses hipertensos que viven solos ya sea por ser solteros o viudos tiene un peor control de su presión arterial en relación a los que viven acompañados.(32) Con esto podemos ver, que la funcionalidad familiar juega un rol importante en la adherencia al tratamiento en los adultos mayores ya que dependiendo si es una familia funcional o disfuncional puesto que el interés que ponen los familiares en que el adulto mayor cumpla con el tratamiento es un apoyo significativo. Un instrumento que podemos utilizar para evaluar la función familiar es



el APGAR familiar ya que podemos aplicarlo en diferentes circunstancias como hipertensión arterial, embarazo, condiciones alérgicas, en seguimiento de familias y en estudios de promoción de la salud siempre y cuando estas no impliquen una crisis en la familia.(33)

Un papel protector tiene la buena adherencia al tratamiento pues evita una progresión de la enfermedad, complicaciones ,favorece su control y prolonga la vida.(34) Una influencia positiva en la adhesión al tratamiento se ha tenido en el hecho de reducir los tiempo de espera en la consulta tanto para la atención como para el seguimiento e incluso realizar visitas a los domicilios de los pacientes.(34)



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

Los factores relacionados con la mala adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos son: familias disfuncionales, varias tomas y comorbilidades asociadas.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos de las Parroquias Rurales del Cantón Gualaceo 2015.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.3.1 Describir a la población de acuerdo a la edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación.
- 3.3.2 Describir a la población de acuerdo a las variables clínicas: tensión arterial, comorbilidades, complicaciones, estado nutricional, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento.
- 3.3.3 Evaluar la adhesión al tratamiento mediante el test de Morisky-Green validado en su versión española por Val Jiménez y cols; y el diseñado por Bonilla y De Reales en el año 2006.
- 3.3.4 Determinar los tipos de familias y funcionalidad familiar.
- 3.3.5 Identificar la relación entre la adherencia al tratamiento, edad, nivel de instrucción.



CAPÍTULO IV

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal.

4.2 Área de estudio

Parroquias rurales del cantón Gualaceo

4.3 Población de estudio

El universo de estudio son los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo.

4.4 Muestra

Se empleó el sistema Epidat 4.1 para el cálculo del tamaño de la muestra considerando una población infinita con un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada del 48,7% y un nivel de precisión del 6%. Para el estudio se tomó como tamaño de muestra a 276 adultos mayores de 65 años hipertensos que estuvieron con tratamiento y que vivían en las Parroquias Rurales del Cantón Gualaceo y que cumplan los criterios de inclusión.

$$n = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{e^2} \quad n = \frac{0,487 \cdot 0,513 \cdot 1,96^2}{0,06^2} \quad n = 276$$



4.5 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra es de 276 adultos mayores de las parroquias rurales del cantón Gualaceo

4.6 Asignación de los pacientes al estudio

Con el objetivo de garantizar la participación de todos los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales de Gualaceo se tomaron adultos de cada parroquia de acuerdo a muestreo aleatorio estratificado al inicio y luego sistemático. Es decir, se seleccionaron cuatro parroquias de las áreas rurales, para la selección de los adultos hipertensos se hizo de acuerdo al parte diario de atenciones de los pacientes en cada unidad de salud de las parroquias. Del parte diario, se seleccionaron a los pacientes que habían sido diagnosticados de hipertensión y para lo cual recibían tratamiento.

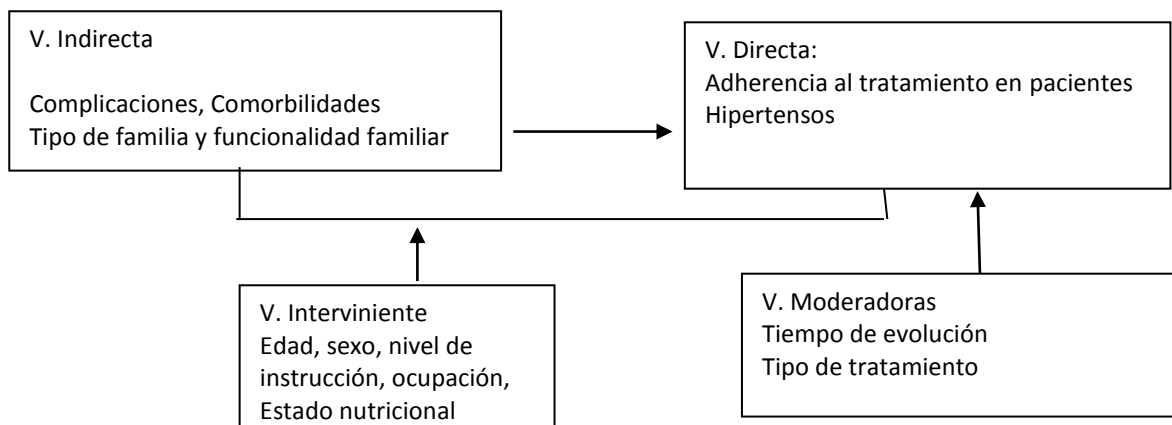
4.7 Variables

Variable directa: Adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos.

Variable indirecta: Complicaciones, comorbilidades, tipo de familia y funcionalidad familiar.

Variables intervinientes: edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, estado nutricional.

4.8 Matriz de variables



4.9 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Hace referencia al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Tiempo transcurrido	Años	Númerica
Sexo	Características externas que identifican a un individuo como hombre o mujer	Fenotipo	Fenotipo	Nominal Hombre Mujer
Nivel de instrucción	Grado de educación formal que un individuo posee al haber acudido a una institución y que es reconocido por el Ministerio de Educación.	Grado de instrucción formal	Años aprobados	Ordinal Analfabeto Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel
Ocupación	Actividad que desempeña por el cual recibe una remuneración	Actividad que desempeña una persona	Actividad que desempeña una persona	Nominal Profesional Agricultor QQDD Comerciante Estudiante Otros
Tipos de familia	familia son personas que viven bajo el mismo techo con vínculos consanguíneos o no, con sentimiento de afecto que los une, de acuerdo a su estructura o las personas que la conforman se dan los tipos de familias	Por su estructura	Por su estructura	Nominal Familia extensa, nuclear, sin familia, equivalentes familiares, familia corporativa, familia ampliada.
Funcionalidad familiar	El conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia que satisfacen las necesidades de los miembros y que le confieren identidad propia y el mantenimiento	Relaciones interpersonales de las familias	APGAR Relaciones interpersonales de las familias	Ordinal Funcional o normal Disfunción moderada Disfunción severa.



	de un entorno protector y seguro			
Tensión arterial	Es la fuerza que hace la sangre sobre las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea.	Se toma como alteración de presión arterial cuando la sistólica es de o mayor de 140 mmHg y la presión diastólica es de o mayor a 90 mmHg	Valor de tensión arterial	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> Tensión arterial normal normal alta, hipertensión arterial G1 hipertensión arterial G2
Adherencia al tratamiento	Entendiéndose como el comportamiento que toma el paciente con respecto a la dieta, toma de medicamentos, y cambios en los estilos de vida	Factores relacionados con el proveedor. Factores influyentes Factores relacionados con la pareja. Factores relacionados con el paciente	Test Bonilla y De Reales Cuestionario de Morisky – Green.	Nominal <ul style="list-style-type: none"> Adherente no adherente
Comorbilidades	Son enfermedades o diversos trastornos que se adicionan a la enfermedad inicial. Estas enfermedades pueden deberse directamente a la primera o , por el contrario , no tener ninguna relación	Enfermedades	Enfermedades	Nominal <ul style="list-style-type: none"> Diabetes Dislipidemias Obesidad
Complicaciones	situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad	Situación que agrava	Situación que agrava	Nominal <ul style="list-style-type: none"> ECV IRA Retinopatía hipertensiva
Talla	Es la medición de la longitud o estatura del cuerpo humano desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza.	Medida de la altura	Centímetros	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> Baja Normal Alta
Peso	Es la fuerza que genera la gravedad sobre el cuerpo humano mide la masa corporal del individuo.	Efecto de la gravedad en la superficie de un cuerpo	Kilogramos	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> peso muy bajo peso bajo peso normal sobrepeso obesidad
Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona de acuerdo con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Relación peso talla	IMC	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad
Tiempo de evolución de la enfermedad	Tiempo transcurrido desde el diagnostico hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	Años	Númerica
Tipo de tratamiento	Ingesta de fármacos para control de la tensión arterial	Numero de dosis Numero de fármacos	Numero de dosis Numero de farmacos	Númerica



4.10 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

Pacientes diagnosticados de hipertensión arterial con edades de 65 o más, no presentar otras enfermedades crónicas.

Residir en el área a la zona estudiada y haber dado su consentimiento informado para participar en la investigación.

Que asistan a la consulta en el SCS del área Rural del Cantón Gualaceo.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes adultos con 75 % de discapacidad (sordo mudos).
2. Pacientes con enfermedades crónicas (alteraciones de la memoria) como Alzheimer, Esquizofrenia, personas con enfermedades terminales.
3. Personas con deterioro de sus funciones cognitivas debido a enfermedades incapacitantes que no permitan la comprensión de las entrevistas y personas o su representante familiar no acepta la participación del estudio.

4.11 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos

Para realizar este estudio se contó con la participación de personas con edades comprendidas de 65 y más años edad con diagnóstico de hipertensión arterial.

Para la toma de **la Tensión arterial** el paciente debe estar sentado, relajado, no debe de haber ropa oprimiendo el brazo. El brazalete se lo debe colocar por lo menos 2/3 superior al perímetro del brazo, y su borde inferior estar entre 2 y 3 cm por encima de la flexura del codo, para poder ubicar el estetoscopio sobre la arteria braquial.

Peso: Se usó una balanza marca seca modelo BC -554, se medirá en Kilogramos. El paciente fue pesado con la mínima cantidad de ropa y sin calzado.



Talla: Se midió en con tallimetro marca seca modelo 225, la misma que cuenta con una medición de 6 a 205 cm tomando en cuenta que el paciente este bien alineado, sin calzado, cerciorarse que el peinado no altere la medición.

IMC: se tomó la formula peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado y se clasificara según las normas de la OMS. Los resultados: menor de 18=peso bajo; 18 a 24.90 normal, 25 a 26,9= sobrepeso; mayor a 27= obesidad; grado 1=27 a 29,9; grado 2 =30 a 39,9; grado 3 extrema o mórbida=mayor a 40.

INSTRUMENTOS. Se registraron los datos demográficos como edad, el sexo: femenino o masculina, nivel de escolaridad: Analfabeto, primaria, secundaria, tercer nivel, cuarto nivel, ocupación: Profesional, agricultor, QQDD, comerciante, estudiante, otros. Tensión arterial: normal, normal alta, hipertensión arterial G1, hipertensión arterial G2. Tipos de familias Según su estructura: Familia extensa, nuclear, sin familia, equivalentes familiares, familia corporativa, familia ampliada.

La adhesión al tratamiento fue medida mediante el test diseñado por Bonilla y De Reales en el 2006. El instrumento puede ser aplicado a pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular o que tengan una enfermedad cardiovascular instaurada que consta de 24 ítem y cuatro dimensiones reporto un alfa de Cronbach de 0,60, Que califica según la escala Likert de 1-3 nunca, a veces y siempre, así también se aplicó el cuestionario de Morisky – Green validado en su versión española por Val Jiménez y cols que consta de cuatro preguntas formuladas como falso o verdadero. Se considera adherente cuando responde negativamente las cuatro preguntas, no así si contesta afirmativamente al menos una de ellas.

La funcionalidad familiar: Fue medida mediante el tes APGAR que consta de 5 preguntas. Tiene una validación con alfa de Cronbach de 0.80. Valora cinco funciones de la familia consideradas como basicas: Adaptación, Afecto, Participación, recursos y Gradiente de recurso personal. Con un puntaje que va desde cero y dos puntos. 0: casi nunca, 1: algunas veces, 2: casi siempre. Siendo familia funcional: 7 a 10, familia con disfunción moderada: 4 a 6, disfunción severa: 0 a 3.



Para el **estado nutricional** se usaron las curvas de la OMS según el índice de masa corporal: $IMC = \text{Kg/m}^2$. edad, peso, talla y se clasificó en bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

4.12 Plan de análisis

Una vez registrados los datos en los formularios, estos fueron transcritos a una base digital luego de lo cual se realizó una evaluación de la calidad de los datos, depuración y recodificación de las variables.

Para el análisis de los datos se realizó análisis univariado mediante frecuencias y porcentajes y estadísticos de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar). Para determinar la asociación entre las variables se determinó el chi cuadrado, el odds ratio y su intervalo de confianza del 95%.

Posteriormente se realizó un análisis bivariado para determinar la asociación entre la variable directa adherencia al tratamiento y las variables consideradas como riesgo mediante el chi cuadrado. Para cuantificar el grado de asociación se determinó el odds ratio con su intervalo de confianza del 95%. Se consideraron resultados estadísticamente significativos a los valores de $p < 0,05$.

4.13 Aspectos éticos

La presente investigación contó con la autorización del comité de investigaciones y el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la universidad de Cuenca. Se solicitó la colaboración y la aprobación de las autoridades del distrito de salud de Gualaceo para lo cual se les solicitó firmar una carta de acuerdo y se les informó en detalle los propósitos del estudio.

De igual manera, se informó a los adultos mayores hipertensos mediante charlas del interés de esta investigación, a quienes se les solicitó que firmen el consentimiento informado. En ningún momento se utilizaron los datos para otros propósitos que no sea el estipulado en este estudio. No se tomaron los nombres de los adultos mayores hipertensos al momento de la elaboración del informe final o las



publicaciones futuras, la presentación de los resultados para garantizar la confidencialidad de los resultados y el anonimato de los participantes.

Este estudio no implicó ningún riesgo para los adultos mayores hipertensos, en el caso de un resultado que demostrará alguna condición negativa para la salud de los adultos mayores hipertensos se coordinó con el personal de los centros de salud de cada Parroquia para que reciban el apoyo y la atención necesaria.

**CAPÍTULO V****5. Resultados**

Tabla N° 1
Variables socio-demográficas de 276 adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	n	%
Sexo		
Masculino	120	43,5
Femenino	156	56,5
Total	276	100,0
Grupos etarios		
65 a 74 años	166	60,1
75 a 84 años	59	21,4
85 años y más	51	18,5
Total	276	100,0
Estado civil		
Soltero	23	8,3
Casado	188	68,1
Viudo	49	17,8
Divorciado	14	5,1
Unión Libre	2	0,7
Total	276	100,0
Ocupación		
Profesional	12	4,3
Agricultor	112	40,6
Quehaceres del hogar	89	32,2
Comerciante	49	17,8
Otros	14	5,1
Total	276	100,0
Nivel de instrucción		
Analfabeta	34	12,3
Primaria	211	76,5
Secundaria	23	8,3
Superior	8	2,9
Total	276	100,0
Estructura familiar		
Familia Extensa	44	15,9
Nuclear	201	72,8
Sin familia	24	8,7
Equivalentes familiares	1	0,4
Familia corporativa	1	0,4
Familia ampliada	5	1,8
Total	276	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea



Interpretación: Del total de pacientes evaluados se observó una frecuencia de 56,5% del sexo femenino, mientras que el 43,5% correspondió al sexo masculino. El grupo etario más frecuente fue el de 65 a 74 años con el 60,1%; seguido del grupo etario de 75 a 84 años con el 21,4%. De acuerdo al estado civil, los casados se presentaron con una frecuencia del 68,1%; en contraste la unión libre mostró un 0,7%. De acuerdo a la ocupación, los agricultores se presentaron con un 40,6% seguido de los quehaceres del hogar con un 32,2%. Según el nivel de instrucción se aprecia un 76,5% de educación primaria y un 12,3% de analfabetismo siendo los grupos más predominantes. Por su parte la estructura familiar más frecuente fue la nuclear con el 72,8% seguida de la familia extensa con un 15,9%, **Tabla 1**.

Tabla N° 2
Comorbilidades y complicaciones de 276 adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	n	%
Comorbilidades		
Ninguna	116	42,0
Dislipidemia	73	26,4
Diabetes Mellitus	25	9,1
Obesidad	4	1,4
Dislipidemia y Obesidad	18	6,5
Dislipidemia y Diabetes Mellitus	12	4,3
Hipotiroidismo	2	0,7
Dislipidemia, Diabetes Mellitus y Obesidad	3	1,1
Otras	23	8,3
Total	276	100,0
Complicaciones		
Ninguna	214	77,5
Retinopatía Hipertensiva	51	18,5
ECV	5	1,8
Insuficiencia Renal	3	1,1
Otras	3	1,1
Total	276	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: El 42,0% (n=116) no presentó comorbilidades, de las cuales la dislipidemia fue la más frecuente con un 26,4%, seguido de la diabetes mellitus. Asimismo, el 77,5% no presentó complicaciones, siendo la retinopatía la que tuvo mayor frecuencia con el 18,5%, **Tabla 2**.



Tabla N° 3
Tiempo de diagnóstico y tratamiento antihipertensivo de 276 adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	n	%
Tiempo de diagnóstico		
10 años o más	122	44,2
Menos de 10 años	154	55,8
Total	276	100,0
Tipo de tratamiento		
IECA	130	47,1
ARA2	70	25,4
BCC	36	13,0
Diurético	1	0,4
BB	1	0,4
IECA+Diurético	7	2,5
ARA2+Diurético	21	7,6
BCC+Diurético	2	0,7
IECA+BCC	4	1,4
ARA2+BCC	2	0,7
IECA+BCC+Diurético	2	0,7
Total	276	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: El 55,8% presentó menos de 10 años de diagnóstico de la hipertensión arterial, en contraste con el 44,2% que tuvo más 10 años. De acuerdo al tipo de tratamiento, la familia de antihipertensivos más frecuentemente utilizada fueron los IECA con un 47,1%, seguido de los ARA2 con el 25,4%, **Tabla 3.**

Tabla N° 4
Control de presión arterial de los 276 adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	n	%
Control de presión arterial		
No controlado	169	61,2
Controlado	107	38,8
Total	276	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: El 38,8% de los pacientes hipertensos tuvo un control de la presión arterial, mientras que el 61,2% presentó cifras de presión arterial no controladas, **Tabla 4.**

**Tabla N° 5**

Clasificación del índice de masa corporal en los 276 adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	n	%
Clasificación del índice de masa corporal		
Normopeso	121	43,8
Sobrepeso	135	48,9
Obesidad	20	7,2
Total	276	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: Se encontró una frecuencia de obesidad del 7,2% (20 pacientes), asimismo el 48,9% reportó sobrepeso y un 43,8% (121 pacientes) fueron clasificados como normopeso, **Tabla 5.**

Tabla N° 6

Funcionalidad familiar en los 276 adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	n	%
Funcionalidad familiar		
Familia funcional	193	69,9
Disfuncionalidad moderada	70	25,4
Disfunción severa	13	4,7
Total	276	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: Se encontró una frecuencia de familia funcional del 69,9%; seguido de la disfuncionalidad familiar moderada con el 25,4% y con menor frecuencia la disfuncionalidad severa con un 4,7%, **Tabla 6.**



Tabla N° 7
Frecuencia de adherencia de acuerdo a Morisky-Green-Levine en los 276
adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón
Gualaceo 2015.

	n	%
Adherencia según Morisky-Green-Levine		
No Adherente	265	96,0
Adherente	11	4,0
Total	276	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: De acuerdo a Morisky-Green-Levine se encontró una no adherencia del 96,0%, **Tabla 7.**

Tabla N° 8
Frecuencia de adherencia de acuerdo a Bonilla en los 276 adultos mayores
hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

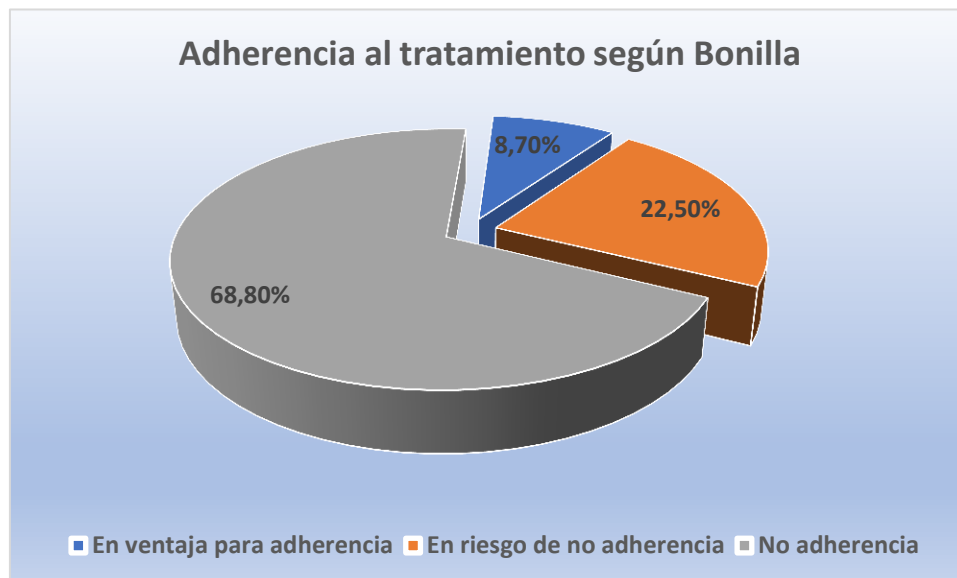
	n	%
Adherencia según Bonilla		
En ventaja para adherencia	24	8,7
En riesgo de no adherencia	62	22,5
No adherencia	190	68,8
Total	276	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: Al evaluar el nivel de adherencia según Bonilla se determinó que el 68,8% no mostró adherencia, mientras que un 22,5% estuvo en riesgo de no adherencia y el 8,7% tuvo ventaja para adherencia, **Tabla 8.**

Figura N° 1
Frecuencia de la adherencia y no adherencia según Bonilla en los 276 adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015



Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: La prevalencia de adherencia fue de un 31,2% y de no adherencia de 68,8%, **Figura 1.**



Tabla N° 9
Asociación entre la adherencia y las variables demográficas en los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	No adherencia		Adherencia		Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	N	%	n	%	
Sexo							2,808 (0,094)
Masculino	89	74,2	31	25,8	120	100,0	
Femenino	101	64,7	55	35,3	156	100,0	
Grupos etarios							0,940 (0,625)
65 a 74 años	112	67,5	54	32,5	166	100,0	
75 a 84 años	40	67,8	19	32,2	59	100,0	
85 años y más	38	74,5	13	25,5	51	100,0	
Estado civil							11,377 (0,023)
Soltero	10	43,5	13	56,5	23	100,0	
Casado	138	73,4	50	26,6	188	100,0	
Viudo	34	69,4	15	30,6	49	100,0	
Divorciado	7	50,0	7	50,0	14	100,0	
Unión Libre	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Ocupación							34,708 (<0,001)
Profesional	2	16,7	10	83,3	12	100,0	
Agricultor	90	80,4	22	19,6	112	100,0	
Quehaceres del hogar	57	64,0	32	36,0	89	100,0	
Comerciante	37	75,5	12	24,5	49	100,0	
Otros	4	28,6	10	71,4	14	100,0	
Nivel de instrucción							24,444 (<0,001)
Analfabeta/Primaria	179	73,1	66	26,9	245	100,0	
Secundaria	11	47,8	12	52,2	23	100,0	
Superior	0	0	8	100,0	8	100,0	
Estructura familiar							20,924 (0,001)
Familia Extensa	23	52,3	21	47,7	44	100,0	
Nuclear	153	76,1	48	23,9	201	100,0	
Sin familia	12	50,0	12	50,0	24	100,0	
Equivalentes familiares	0	0	1	100,0	1	100,0	
Familia corporativa	0	0	1	100,0	1	100,0	
Familia ampliada	2	40,0	3	60,0	5	100,0	
Funcionalidad familiar							9,529 (0,009)
Familia funcional	122	64,2	71	82,6	193	69,9	
Disfuncionalidad moderada	57	30,0	13	15,1	70	25,4	
Disfuncionalidad severa	11	5,8	2	2,3	13	4,7	
Total	190	68,8	86	31,2	276	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la adherencia (valor de chi cuadrado=11,377 y valor de $p=0,023$)



observándose una mayor frecuencia de adherencia en los solteros con un 56,5%; por otra parte, se observó una asociación significativa entre la ocupación y la adherencia (valor de chi cuadrado=34,708 y valor de $p<0,001$), observándose mayor adherencia en el profesional (83,3%) y menor en el agricultor (19,6%). También se observó asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia, (valor de chi cuadrado=9,529 y valor de $p<0,009$). Asimismo, se aprecia un 100,0% de adherencia en los pacientes con un nivel educativo superior, un 52,2% en los que tuvieron una educación secundaria y con menor frecuencia (26,9%) en los que tuvieron educación primaria o analfabetismo, mostrando una asociación estadísticamente significativa (valor de chi cuadrado=24,444 y valor de $p<0,001$). En cuanto a la estructura familiar, se observó la menor frecuencia de adherencia en las familias nucleares con un 23,9%, seguido de un 47,7% en la familia extensa y un 50,0% de adherencia en los pacientes sin familia, mostrando una asociación estadísticamente significativa (chi cuadrado=20,924; valor de $p=0,001$). El sexo y la edad no mostraron asociaciones significativas con la adherencia, **Tabla 9**.

Tabla N° 10
Asociación de las comorbilidades, complicaciones y el tiempo de evolución
con la adherencia en los adultos mayores hipertensos de las parroquias
rurales del cantón Gualaceo 2015.

	No adherencia		Adherencia		Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	n	%	
Comorbilidades							19,695 (<0,001)
Presente	127	79,4	33	20,6	160	100,0	
Ausente	63	54,3	53	45,7	116	100,0	
Complicaciones							12,424 (<0,001)
Si	54	87,1	8	12,9	62	100,0	
No	136	63,6	78	36,4	214	100,0	
Tiempo de evolución							2,477 (0,115)
10 años o más	90	73,8	32	26,2	122	100,0	
Menos de 10 años	100	64,9	54	35,1	154	100,0	
Total	190	68,8	86	31,2	276	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre las comorbilidades y la adherencia (chi cuadrado=19,695; valor de $p<0,001$), mostrando



menor adherencia (20,6%) los pacientes con comorbilidades comparado a los que no presentaron las mismas (45,7%). De manera similar los pacientes que presentaron complicaciones tuvieron menor adherencia (12,9%) que aquellos que no la presentaron (36,4%), con una asociación estadísticamente significativa (chi cuadrado de 12,424 y valor de $p < 0,001$). Por su parte no se evidenció una asociación significativa entre el tiempo de evolución y la adherencia, **Tabla 10**.

Tabla N° 11
Asociación entre la adherencia y en control de la presión arterial y el estado nutricional en los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	No adherencia		Adherencia		Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	N	%	
Control de la presión arterial							30,370 (<0,001)
No controlado	137	81,1	32	18,9	169	100,0	
Controlado	53	49,5	54	50,5	107	100,0	
Total	190	68,8	86	31,2	276	100,0	
Clasificación del IMC							2,720 (0,099)
Sobrepeso/Obesidad	113	72,9	42	27,1	155	100,0	
Normopeso	77	63,6	44	36,4	121	100,0	
Total	190	68,8	86	31,2	276	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el control de presión arterial y la adherencia (chi cuadrado=30,370; valor de $p < 0,001$), siendo mayor la adherencia en los pacientes controlados (50,5%) que en los no controlados (18,9%), **Tabla 11**.

Interpretación: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la clasificación del índice de masa corporal y la adherencia (chi cuadrado=2,720; valor de $p = 0,099$), **Tabla 11**.



Tabla N° 12
Asociación entre la adherencia y la funcionalidad familiar en los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	No adherencia		Adherencia		Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	n	%	
Funcionalidad familiar							9,529 (0,009)
Familia funcional	122	63,2	71	36,8	193	100,0	
Disfuncionalidad moderada	57	81,4	13	18,6	70	100,0	
Disfunción severa	11	84,6	2	15,4	13	100,0	
Total	190	68,8	86	31,2	276	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: Se observó una mayor frecuencia de adherencia del 36,8% en los sujetos con familias funcionales, disminuyendo a 18,6% en los pacientes con disfuncionalidad moderada y con menor frecuencia de adherencia (15,4%) los pacientes con disfunción severa, mostrando una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia (chi cuadrado=9,529; valor de $p=0,009$), **Tabla 12.**



Tabla N° 13
Factores de riesgo para la No Adherencia en los adultos mayores hipertensos
de las parroquias rurales del cantón Gualaceo 2015.

	No adherencia		Adherencia		OR (IC _{95%})	p
	n	%	n	%		
Sexo					1,56 (0,92 - 2,64)	0,122
Masculino	89	74,2	31	25,8		
Femenino	101	64,7	55	35,3		
Grupo etario					1,40 (0,70 - 2,79)	0,423
85 años y más	38	74,5	13	25,5		
Menos de 85 años	152	67,6	73	32,4		
Estado civil					1,91 (1,12 - 3,20)	0,024
Casado	138	73,4	50	26,6		
Otra	52	59,1	36	40,9		
Ocupación					2,61 (1,49 - 4,59)	0,001
Agricultor	90	80,4	22	19,6		
Otra	100	61,0	64	39,0		
Nivel de instrucción					4,93 (2,24 - 10,84)	<0,001
Analfabeta/Primaria	179	73,1	66	26,9		
Secundaria/Superior	11	35,5	20	64,5		
Comorbilidades					3,23 (1,90 - 5,49)	<0,001
Presente	127	79,4	33	20,6		
Ausente	63	54,3	53	45,7		
Complicaciones					3,87 (1,75 - 8,55)	0,001
Si	54	87,1	8	12,9		
No	136	63,6	78	36,4		
Tiempo de evolución					1,51 (0,90 - 2,55)	0,149
10 años o más	90	73,8	32	26,2		
Menos de 10 años	100	64,9	54	35,1		
Clasificación índice de masa corporal					1,53 (0,92 - 2,56)	0,129
Sobrepeso/Obesidad	113	72,9	42	27,1		
Normopeso	77	63,6	44	36,4		
Familia funcional					2,63 (1,40 - 4,95)	0,003
No funcional	68	81,9	15	18,1		
Funcional	122	63,2	71	36,8		

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Maritza Barbecho Narea

Interpretación: Al evaluar los factores de riesgo para la no adherencia se encontró las siguientes variables se comportaron como factores de riesgo: el estado civil de casado, ocupación de agricultor, un nivel de educativo bajo (analfabeta/primaria), presencia de comorbilidades, complicaciones de la hipertensión arterial y las familias no funcionales, **Tabla 13.**



CAPÍTULO VI

6.0 DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica (AT) según la OMS es “el grado en que el paciente sigue las instrucciones medicas” sin embargo esta definición se modificó en la búsqueda de englobar todos los componentes de la terapia quedando definido como “el grado en el que una persona, toma el medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios en el estilo de vida correspondiendo a las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”(35). El no cumplimiento de dichas pautas generan diversos disturbios principalmente en patologías crónicas, en el caso de la hipertensión arterial (HTA) no controlada se favorece la aparición de insuficiencia cardiaca (IC), angina de pecho, infarto del miocardio (IM), arteriosclerosis, enfermedad cerebrovascular (ECV), enfermedades microvasculares de la retina y del glomérulo renal (36).

La HTA en este estudio se asoció a dislipidemias y diabetes mellitus (DM), dicha relación se ha evidenciado a lo largo del tiempo y se han descrito vías en común para estas, como lo son la obesidad, estrés oxidativo, insulinoresistencia entre otras vías metabólicas(37). En un estudio realizado por Bermúdez y colaboradores en Maracaibo-Venezuela se observó que del total de los individuos diabéticos el 22% presenta a su vez el diagnóstico de HTA (38). Por otra parte, en un análisis realizado en España a 10.743 individuos, de aquellos que presentaron la presión arterial no controlada se evidenció que los niveles de glicemia, colesterol total y lipoproteínas de baja densidad fueron mayores que en aquellos con presión arterial controlada, a su vez el diagnóstico de DM fue de 34,1% y de dislipidemias de 50,3% en estos sujetos hipertensos (39).

De acuerdo con la valoración de los parámetros antropométricos, se encontró que el 7,2% de los hipertensos evaluados presentó obesidad y el 48,9% sobrepeso. Estos datos son inferiores a la prevalencia de obesidad reportada en las poblaciones latinas. Bermúdez y colaboradores plantearon porcentajes mayores en los hipertensos con sobrepeso del 34,2% y obesidad con 29,1% (40). Por su parte, Torres y colaboradores en la ciudad de Cuenca realizaron un estudio poblacional



que determinó una prevalencia de obesidad del 23,6%; por lo tanto los pacientes hipertensos estudiados tienen un perfil antropométrico inferior al de otras poblaciones (41).

La retinopatía hipertensiva (RH) es una complicación de la HTA que por lo general se presenta en aquellos pacientes no controlados, la importancia de su búsqueda en la evaluación primaria se debe a que se ha relacionado a aumento de riesgo cardiovascular, como lo exponen Ong y colaboradores, en un estudio donde se indica que aquellos sujetos con un grado moderado de RH fuesen controlados o no mostraron un riesgo elevado para accidentes cerebrovasculares (42).

Los antihipertensivos más usados fueron los IECA con un 47,1% seguido de los ARA II con 25,4%, en un análisis realizado por Bermúdez y colaboradores se reporta igualmente que los IECA son los fármacos antihipertensivos más utilizados para la población hipertensa con un 24,2%, seguido de los betabloqueantes con 8,5% y los ARA II con 7,4% (40). De igual manera el control de la PA en este análisis fue de 38,8%. Lo que contrasta con Bermúdez y colaboradores, quienes describieron un control de presión arterial del 44,7% de los sujetos presentaba dicha característica (40). Asimismo, en la localidad de Cuenca, Ortiz y colaboradores llevaron a cabo un estudio poblacional que reportó un control de presión arterial del 51,1% en los sujetos hipertensos (43). Por lo que este estudio mostro frecuencias de control ligeramente por debajo de los estudios previos.

En la evaluación de la funcionalidad familiar, la familia funcional fue la más frecuente con un 69,9% y en menor proporción la disfunción severa, en un reporte realizado por Concha y colaboradores, se evaluaron los factores asociados a la adherencia o no al tratamiento por parte de pacientes hipertensos y diabéticos en 118 sujetos entre 55 y 64 años, encontrando que del total de los individuos la mayor proporción (80,5%) pertenecía a una familia con funcionalidad adecuada, 14,4% a funcionalidad moderada y el 5,1% disfuncionalidad severa, comportamiento que es similar al encontrado por el presente estudio (44).

En relación a la adherencia terapéutica, al evaluarse según el test de Morisky se reportaron cifras bajas de adherencia de un 4,0%. Carhuallanqui y colaboradores, en Lima-Perú realizaron un estudio en pacientes hipertensos atendidos en un hospital



general a quienes se les aplicó el test, observando que la adherencia al tratamiento antihipertensivo fue de 37,9% (45). En España se le aplicó dicho test a 208 sujetos mayores de 65 años que se encontraban medicados con 3 o más fármacos, determinándose un 47,6% de no adherencia al tratamiento (46). Por su parte un estudio realizado en la localidad de Cuenca por Brito y Carpio, encontró un porcentaje de adherencia del 49,3% (47). Mientras que López en Quito determinó una frecuencia de adherencia del 28% en los pacientes hipertensos (48).

Mientras que al analizar la adherencia según Bonilla se observó que la categoría de ventaja para adherencia tuvo una frecuencia del 8,7%, riesgo de no adherencia de 22,5% y no adherencia 68,8%. Un estudio similar fue conducido por Castaño y colaboradores en Colombia (49), quienes evidenciaron que la no adherencia representó el 3,5% mucho más baja que la observada en nuestro estudio. A su vez, en Sinselejo-Colombia, se expuso que el 98% está en riesgo de no adherencia y el 2% de riesgo moderado (50).

La adherencia terapéutica depende de diversos factores dentro del individuo y su entorno, actualmente la literatura no apoya algún papel específico que tenga el sexo o la edad dentro de la adherencia (51), por lo que el presente estudio se encuentra en concordancia con respecto a ello. Sin embargo algunos estudios han demostrado alguna relación, Ambaw y colaboradores han descrito que los hombres presentaban menos adherencia al tratamiento, este hecho podría ser explicado por las diferentes actividades fuera de casa que mantienen estos y sus hábitos asociados como el consumo de alcohol, dichos problemas podrían influenciar este hallazgo, en este último no se evidenciaron diferencias según edad (52).

Además en el presente estudio se evidenció que en los sujetos casados tuvieron menor la proporción de adherencia al tratamiento; tal como lo exponen Ambaw y colaboradores (52), quienes indican que el mayor porcentaje de individuos casados era no adherente (76%); esto difiere de lo establecido por Carhuallanqui, en donde la asociación se identificó en aquellos sujetos viudos, con una diferencia significativa entre los adherentes y no adherentes (45). Por lo tanto, se observan diferentes vertientes con respecto a este tópico, lo que indica que se deben realizar mayor



número de investigaciones para determinar el verdadero papel del estado civil dentro de la adherencia terapéutica.

La ocupación de los sujetos mostró una asociación con la adherencia al tratamiento, demostrándose que aquellos pacientes que se desempeñan en la agricultura tienen una asociación y un riesgo significativo a ser no adherentes, este hecho puede ser explicado por diversos factores, principalmente el tiempo que invierten estos sujetos fuera del hogar en los cuales se aumenta el riesgo de olvidar la toma de medicamentos, el hecho de no hacer cambios en el estilo de vida, mayor falta de estudios académicos por parte de este grupo, entre otras situaciones que disminuyen la adherencia ya sea farmacológica como no farmacológica. En un análisis reportado por Maldonado y colaboradores, 57 obreros tenían adherencia parcial, 34 totalmente adheridos y 2 no adheridos (53). Por lo que se indica que trabajos fuera del hogar por tiempos prolongados puede afectar en la adherencia en los sujetos.

El nivel de instrucción de los individuos en este estudio se vio relacionado con la adherencia, asimismo ser analfabeta/primaria fue un factor de riesgo para la no adherencia. Este comportamiento fue similar al expuesto por Sandoval y colaboradores en un análisis realizado en Chile, donde se evaluaron a 513 sujetos de ambos sexos mayores de 60 años, encontrando que el ser analfabeta o tener menos de 8 años de educación se consideró como un factor de riesgo para la no adherencia (54). Esta relación entre la no adherencia y la baja escolaridad involucra varios componentes, como el desconocimiento de la HTA como enfermedad, sus medicamentos y posibles complicaciones, asimismo otro factor es que el bajo nivel educativo se ve por lo general asociado a un bajo poder adquisitivo lo que limita la asistencia a centros de salud y posteriormente a la adquisición de medicamentos prescritos lo que repercute sobre la adherencia de estos individuos.

Se evidenció además una asociación entre el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento, describiéndose que el 50,5% de los individuos controlados presentaron adherencia al tratamiento. Tal como lo expone Argollo (55), en un estudio realizado en Perú donde participaron 517 individuos de ambos sexos y se describe que en aquellos sujetos con buena adherencia el 70,4% presentaba la



presión arterial controlada la cual fue mayor comparada a los sujetos no adherentes. De manera similar, Cueva (56) estableció que el 62% de los pacientes adherentes tienen HTA controlada, demostrando así que la adherencia al tratamiento farmacológico se asocia significativamente con el control de la HTA.

Con respecto a las comorbilidades, estas mostraron asociación con la adherencia y fueron un factor de riesgo para la no adherencia. Asimismo, Demoner y colaboradores evaluaron a 150 individuos en Brasil, concluyendo que la presencia de comorbilidades en el paciente hipertenso es un factor de riesgo para la no adherencia (57). Probablemente el hecho de este comportamiento sea que a mayor comorbilidades mayor polifarmacia puede observarse lo cual es un factor para la no adherencia. Por otra parte, el 87,1% de los individuos con no adherencia presentó alguna complicación debido a la HTA, cifras mayores que las expuestas por Estupiñán y colaboradores, quienes reportaron el 24,1% de los sujetos no adherentes presentaron alguna complicación (58). Por lo que este aspecto es de vital importancia, ya que la falta de adherencia conduce a la falta de control de la presión arterial y se traduce en complicaciones. Haciendo necesario la buena enseñanza dirigida al paciente para garantizar la buena adherencia y control de la presión arterial en nuestros pacientes para evitar las complicaciones; y se ha reportado que la intervención educativa acompañado de las recomendaciones sobre los cambios en el estilo de vida disminuyen las complicaciones en los pacientes hipertensos.

La familia representa una de las influencias más importantes en la adherencia de los individuos a sus tratamientos, sin embargo esta puede comportarse de manera positiva como negativa en cuanto adherencia respecta, en el presente análisis se observó que la adherencia al tratamiento se encontraba en menor proporción en aquellos que pertenecían a una familia nuclear, por lo cual se demuestra que no es más importante el tipo de estructura que presente la familia sino el comportamiento dinámico que ésta tenga. Un estudio realizado por Marín-Reyes y colaboradores, plantea los efectos del apoyo familiar, exponiendo que se vincula a conductas que motivan a los pacientes a la ingesta de medicamentos, así como a los cambios en el estilo de vida (59). Por lo tanto, es la calidad del apoyo familiar y no el tipo de estructura familiar lo que genera mayores cambios en la adherencia terapéutica.



Este comportamiento donde, la adherencia se ve influenciada en mayor escala por la funcionalidad de la familia y no de su estructura fue expuesto por Hussein y colaboradores, quienes plantean que el soporte familiar se asoció a la motivación por parte del paciente a la toma de los medicamentos prescritos e ir al médico, de igual manera tres quintas partes de los individuos dependían del dinero familiar para la compra de sus medicamentos, en nuestro análisis pertenecer a una familia no funcional representa un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento (60), de igual manera como lo expone el estudio de Concha que muestra que el 95,7% de los pacientes descompensados por la no adherencia presentaron una familia con disfunción severa (44).

Asimismo, Desde el punto de vista psicosocial se subraya la función de la familia como red de sostén social que beneficia el desempeño, tanto desde el punto de vista de apoyo afectuoso como material, y del mismo modo como el paciente valora su papel intrínsecamente en el conjunto familiar y anhela con su buen estado salud resguardar su integridad y funcionamiento (61). En vista de ello se deben asegurar una buena funcionalidad familiar en los pacientes a fin de que se garantice la adherencia a las recomendaciones terapéuticas en favor del resguardo de la salud y evitar las complicaciones.

Por lo tanto se puede observar una alta frecuencia de no adherencia en nuestros pacientes con diversos factores asociados. Por lo tanto, el impacto de la falta de adherencia debe ser estudiada en estudios ulteriores debido al enorme potencial que implica un mal cumplimiento en los aspectos clínicos y económicos. Por lo que el presente estudio se presenta como una base para complementar los conocimientos y favorecer a la formulación de estrategias locales contra la falta de adherencia al tratamiento.



CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones

- La hipertensión arterial presenta diversas comorbilidades siendo la dislipidemia y la diabetes las más frecuentes, asimismo la retinopatía hipertensiva fue la complicación más prevalente.
- El tratamiento mayormente utilizado fue los IECA y el control de la presión arterial se presentó en el 38,8% de los pacientes.
- Se encontró una baja adherencia terapéutica del 4,0% según Morisky, así mismo según Bonilla se presentó una ventaja para adherencia del 8,7%; riesgo de no adherencia 22,5% y no adherencia 68,8%.
- El estado civil, la ocupación, estructura familiar y el nivel de instrucción se asociaron a la no adherencia de tratamiento, siendo los casados, agricultores, familias nucleares y un nivel de educación de ninguna/primaria los que presentaron mayor frecuencia de no adherencia.
- La no adherencia al tratamiento fue mayor en los pacientes con ausencia de control de presión arterial, con la presencia de comorbilidades asociadas y con las complicaciones de la hipertensión arterial.
- La familia funcional fue lo más frecuente con un 69,9% y con menor frecuencia la disfunción severa 4,7%; estas se asociaron con la presencia o no de adherencia, observándose menor adherencia a mayor disfuncionalidad, así mismo las familias funcionales fueron un factor protector para la adherencia al tratamiento.



7.2 Recomendaciones

- Crear campañas de intervención en educación de pacientes hipertensos a nivel comunitario y hospitalario para la concientización acerca de las diferentes comorbilidades y complicaciones que pueden ser prevenidas con una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Garantizar en fácil acceso de los pacientes a los centros de salud, con horarios flexibles que le permita al médico demorarse el tiempo que sea necesario en la educación del paciente para fortalecer la adherencia a sus recomendaciones.
- Elaborar campañas de educación a nivel comunitario para la motivación del estudio a aquellos individuos analfabetas, asimismo categorizar a los pacientes agricultores como de riesgo para su mayor enfoque clínico y educacional en las consultas médicas a fin de favorecer la adherencia en este grupo.
- En la consulta médica se debe intentar simplificar en lo posible la terapéutica, y dar las instrucciones de manera adecuada. Asimismo, evitar cambios de régimen farmacológico, dietético o de cambios en el estilo de vida de manera repetitiva en cada consulta.
- Crear grupos de apoyo familiar y social para los pacientes, así como intervenir a las comunidades para el fortalecimiento de las relaciones familiares, identificando los factores asociados a las alteraciones en la funcionalidad familiar para la creación de estrategias que permitan mejorar el perfil de la función familiar.
- Durante la consulta dar a conocer al paciente la importancia de la adherencia al tratamiento enfatizando en su cumplimiento a fin de evitar posibles complicaciones ulteriores.



8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orozco AC. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. Salud Uninorte. 2010;26(2):201-11.
2. Demoner MS, Ramos ER de P, Pereira ER. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. Acta Paul Enferm. 2012;25(SPE1):27-34.
3. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, Bertomeu-González V, Cosín J, et al. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol. julio de 2011;64(7):587-93.
4. Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf [Internet]. [citado 7 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf
5. OMS | Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo [Internet]. WHO. [citado 21 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/
6. Salazar Cáceres PM, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. 2016;27(1):60–66.
7. Cohuet G, Struijker-Boudier H. Mechanisms of target organ damage caused by hypertension: Therapeutic potential. Pharmacol Ther. julio de 2006;111(1):81-98.
8. Bermúdez VJ, Rojas J, Añez R, Salazar J, Martínez MS, Calvo MJ, et al. Prevalence, awareness, management of hypertension and association with metabolic abnormalities: the Maracaibo city metabolic syndrome prevalence study. Rev Latinoam Hipertens. 2012;7(4):71-9.
9. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol. 2010;29(1):117–144.



10. Yoon SungSug, Fryar C, Carrol M. Hypertension Prevalence and Control Among Adults: United States, 2011–2014 [Internet]. NCHS Data Brief; 2015 [citado 21 de marzo de 2017]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db220.pdf>
11. Ghaffari S, Pourafkari L, Tajlil A, Sahebihagh MH, Mohammadpoorasl A, Tabrizi JS, et al. The prevalence, awareness and control rate of hypertension among elderly in northwest of Iran. *J Cardiovasc Thorac Res*. 2016;8(4):176-82.
12. ncd_report_summary_es.pdf [Internet]. [citado 13 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf?ua=1
13. Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cárceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ Psychol*. 2006;5(3):535–548.
14. instrumentos de medida de adherencia al tratamiento [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2014]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>
15. xxviii2_7.pdf [Internet]. [citado 9 de enero de 2015]. Disponible en:
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii2_7.pdf
16. Acelas ALR, Ochoa AMG. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular Influential factors in adherence to treatment in patients with cardiovascular risk Fatores influentes na aderência ao tratamento. *Av En Enferm* [Internet]. 2010 [citado 10 de diciembre de 2014];28(1). Disponible en:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15656>
17. ECUADOR - Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009 - Información general [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2014]. Disponible en:
<http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>
18. Llibre Rodríguez J, Laucerique Pardo T, Noriega Fernández L, Guerra Hernández M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. *Rev Cuba Med*. 2011;50(3):242–251.
19. Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf [Internet]. [citado 7 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>



20. Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G, Velázquez Monroy O, Martínez Reding J, Méndez Ortiz A, et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte nacional de seguimiento. Arch Cardiol México. 2005;75(1):96–111.
21. Organizació Mundial de la Salut. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Internet]. [Ginebra]: Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 13 de enero de 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
22. Estrategia Mundial Para Reducir El Uso Nocivo Del Alcohol. Ginebra: World Health Organization; 2011. 40 p.
23. Open Journal Systems [Internet]. [citado 9 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21382/22433>
24. revision5.pdf [Internet]. [citado 13 de enero de 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/revision5.pdf>
25. Arguedas Ch C, Rojas R, García L. La obesidad y el riesgo cardiovascular. Rev Costarric Cardiol. 2007;9(3):3–5.
26. Reséndiz E, Aguilera P, Rocher ME. Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México. Aquichan [Internet]. 2010 [citado 8 de enero de 2015];10(3). Disponible en: <http://aquichanunisabanaedu.surinoh.com/index.php/aquichan/article/view/1742>
27. Álvarez Reyes M, Morales Sotolongo I, Morales Reyes E, Vega Colina B. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. Humanidades Médicas. 2011;11(3):433–452.
28. Rodríguez NA, Zurutuza A. Manifestaciones oftalmológicas de la hipertensión arterial Ophthalmological manifestations of arterial hypertension. Sist Sanit Navar [Internet]. 2008 [citado 8 de enero de 2015];31(Suplemento 3). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v31s3/original2.pdf>
29. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública México. 2001;43(4):336–339.
30. Contreras Orozco A. Factors that influence adherence to drug treatments and non-drug patients registered in the Program of Control of Hypertension of the



- Basic Care Unit COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. Rev Salud Uninorte. 2010;26(2):201–211.
31. Menendez-Villalba C, Alonso-Fachado A, Gamarra Mondelo T, Nuñez-Losada C, Nieto-Seoane MJ, Mendez-Estevez E. Influencia de variables sociales en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. CAD ATEN PRIMARIA 2004 11 131-137 [Internet]. 2004 [citado 3 de enero de 2015]; Disponible en: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL11/VOL11_3/03A_Orixinais_N11_3.pdf
 32. Pilar Guallar-Castillón, José R. Banegas y Fernando Rodríguez-Artalejo ÁR-S. Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. 8 de julio de 2005;Vol. 58.
 33. Dr. Miguel A. Suarez Cuba, Dra. Matilde Alcalá Espinoza. Revista Médica La Paz - APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. [citado 9 de diciembre de 2014]; Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext
 34. Revista Cubana de Salud Pública - Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente [Internet]. [citado 13 de enero de 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000300013&script=sci_arttext
 35. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 5 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3176571>
 36. Cohuet G, Struijker-Boudier H. Mechanisms of target organ damage caused by hypertension: Therapeutic potential. Pharmacol Ther. julio de 2006;111(1):81-98.
 37. Cheung BM, Li C. Diabetes and Hypertension: Is There a Common Metabolic Pathway? Curr Atheroscler Rep. abril de 2012;14(2):160-6.
 38. Bermudez V, Salazar J, Rojas J, Añez R, González R, Torres W, et al. Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y factores asociados en la ciudad de Maracaibo, Venezuela. Rev Latinoam Hipertens. 2014;9(2):14–25.



39. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, Bertomeu-González V, Cosín J, et al. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* julio de 2011;64(7):587-93.
40. Bermúdez VJ, Rojas J, Añez R, Salazar J, Martínez MS, Calvo MJ, et al. Prevalence, awareness, management of hypertension and association with metabolic abnormalities: the Maracaibo city metabolic syndrome prevalence study. *Rev Latinoam Hipertens.* 2012;7(4):71-9.
41. Torres Valdez M, Benavidez RO, Cruz WS, Benavidez AO, Añez RJ, Joselyn Rojas MD M, et al. Prevalencia de la obesidad en individuos adultos en las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador/Prevalence of obesity in adults in urban individuals city Cuenca, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico.* 2013;3(4):76-88.
42. Ong Y-T, Wong TY, Klein R, Klein BEK, Mitchell P, Sharrett AR, et al. Hypertensive Retinopathy and Risk of Stroke. *Hypertension.* 1 de octubre de 2013;62(4):706-11.
43. Ortiz Benavides R, Ortiz Benavides A, Villalobos M, Valdez MT, Cruz WS, Añez RJ, et al. Prevalencia de hipertensión arterial en individuos adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador/Hypertension prevalence in adult individuals from urban parishes of Cuenca City, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico.* 2014;4(1):10-21.
44. Concha Toro M del C, Rodríguez Garcés CR. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria.* 2010;19(1):41-50.
45. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Medica Hered.* octubre de 2010;21(4):197-201.
46. Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria.* 1 de febrero de 2008;40(2):81-5.



47. Brito M, Carpio A. Adherencia al tratamiento farmacológico hipertensivo en pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital José Carrasco Arteaga. Tesis para la obtención de Médico. Universidad del Azuay; 2012.
48. López O. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica farmacológica de pacientes hipertensos atendidos por consulta externa del Hospital Pablo Arturo Suarez en el periodo febrero- abril 2013. Tesis para obtener el título de especialista en Medicina Familia. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013.
49. Castaño-Castrillón JJ, Echeverri-Rubio C, Giraldo-Cardona JF, Maldonado-Mora Á, Melo-Parra J, Meza-Orozco GA, et al. Treatment adherence of hypertensive patients' being attended by Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. Rev Fac Med. septiembre de 2012;60(3):179-97.
50. Orozco AC. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. Salud Uninorte. 2010;26(2):201-11.
51. Márquez Contreras E, Gil Guillen V, Martell Claros N, de la Figuera van Weckman M, Cusado Martínez JJ. Inasistencia a las citas de los pacientes con enfermedades crónicas en la atención primaria. ¿Nos preocupa este hecho? Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. 2005;2 (1):3.
52. Ambaw AD, Alemie GA, W/Yohannes SM, Mengesha ZB. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Public Health. diciembre de 2012;12(1):282.
53. Maldonado-Reyes FJ, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales JI, Ortega-Padrón M. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. Aten Fam. abril de 2016;23(2):48-52.
54. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev Médica Chile. octubre de 2014;142(10):1245-52.



55. Argollo A, Andrea G. Adherencia al Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en los Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de Essalud - Red Tacna Febrero 2013 [Internet] [Thesis]. 2013 [citado 5 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/223>
56. Cueva Laura E. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados en pacientes del C.E de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero 2011. Tesis de grado. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Perú. 2011.
57. Demoner MS, Ramos ER de P, Pereira ER. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(SPE1):27-34.
58. Estupiñán A, Jesús F, Olano Moreno M, Fong Ramírez E, León A, A J, et al. Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas en el año 2010. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* diciembre de 2011;49(3):373-83.
59. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública México.* agosto de 2001;43(4):336-9.
60. Hussanin S, Boonshuyar C, Ekram A. Non-Adherence To Antihypertensive Treatment in Essential Hypertensive Patients in Rajshahi, Bangladesh. *Anwer Khan Mod Med Coll J.* 15 de abril de 2011;2(1):9-14.
61. Martín Alfonso L, Bayarre Veja H, La Rosa Matos Y, Araña O, Concepción M de la, Rodríguez Anaya J, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cuba Salud Pública.* septiembre de 2007;33(3):1.



9.0 ANEXOS

Anexo 1: Formulario de recolección de los datos

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTON GUALACEO 2015

La información proporcionada en este formulario será de absoluta confidencialidad, los datos que usted facilite serán utilizados para la investigación propuesta.

Formulario # _____

Fecha: día/mes/año ____/____/____

DATOS DE FILIACION					
Nombre: _____					
Sexo:	Masculino		Femenino		
Edad: _____(años)					
SOCIODEMOGRAFICOS					
Estado civil			Ocupación		
<ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Viudo• Divorciado• Unión libre• Otros. _____			<ul style="list-style-type: none">• Profesional _____• Agricultor _____• QQDD _____• Comerciante _____• Estudiante _____• Profesional _____• Otros _____• _____		
Nivel de instrucción			Tipos de familias		
Nominal <ul style="list-style-type: none">• Analfabeto• Primaria• Secundaria• Tercer nivel• Cuarto nivel			Estructura <ul style="list-style-type: none">• Familia extensa• Nuclear• Sin familia• Equivalentes familiares• Familia corporativa• Familia ampliada.		
Tensión arterial _____ mmHg			Talla _____ (Kg)		
<ul style="list-style-type: none">• Tensión arterial normal• normal alta,• hipertensión arterial G1• hipertensión arterial G2			Numérico <ul style="list-style-type: none">• Baja• Normal• Alta		
Peso			Estado nutricional		
<ul style="list-style-type: none">• peso muy bajo• peso bajo• peso normal			Ordinal <ul style="list-style-type: none">• Bajo peso		



<ul style="list-style-type: none"> sobrepeso obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> Peso normal Sobrepeso Obesidad
Tiempo de la evolución de la enfermedad	Tipo de tratamiento
Comorbilidades	Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Dislipidemias Obesidad Otras 	<ul style="list-style-type: none"> ECV IRA Retinopatía hipertensiva Otras

Observaciones: _____

Cuestionario de Morisky- Green (traducido)

	Falso	Verdadero
¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?		
¿Toma la medicación a la hora indicada?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?		

Instrucciones: a continuación, encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque con cada ítem con una sola X en la columna que corresponda a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular.

Factores influyentes	nunca	A veces	Siempre
I dimensión Factores socioeconómicos			
1.-Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda y educación).			
2.-Puede costearse los medicamentos			
3.-Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta			
4.-Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados			
5.-Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad			
6.-Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			



II Dimensión			
Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud			
Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento			
Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
Recibe información sobre los beneficios de los medicamento ordenados por su medico			
Factores influyentes			
Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias			
En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos			
El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted en tienden			
El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando			
Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos			
III Dimensión			
Factores relacionados con la terapia			
Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento			
Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas			
Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas			
Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento			
Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento			
Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar			
IV dimensión			
Factores relacionados con el paciente			
Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo			
Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de			



cuidarse			
Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud			
Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud			

APGAR FAMILIAR

	FUNCION	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
APOYO	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad			
PARTICIPACION	Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones de los problemas			
CRECIMIENTO	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes o metas			
AFECTO	Me satisface la forma como mi familia demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor, rabia.			
RECREACION	Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios de la casa, c) el dinero			
TOTAL				

FAMILIA FUNCIONAL: 7 a 10

FAMILIA CON DISFUNCION MODERADA: 4 a 6

FAMILIA CON DISFUNCION SEVERA: 0 a 3



Anexo N. 2 Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIA Y COMUNITARIA

Consentimiento Informado

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTON GUALACEO 2015

Este estudio busca detectar los factores asociados a la adherencia al tratamiento en adultos mayores hipertensos de las Parroquias Rurales del Cantón Gualaceo.

Nos gustaría que usted nos ayudara proveyendo la información necesaria de acuerdo a los cuestionarios elaborados en anexo y participando en una entrevista detallada sobre síntomas físicos que tomará aproximadamente una media hora. La evaluación no involucra pruebas de sangre o examen físico.

La entrevista se realizará en un consultorio público en las instalaciones de los Subcentros de Salud de las Parroquias Rurales del Cantón Gualaceo mediante citas programadas, de forma que no se vean afectadas sus actividades laborales.

Su participación no tendrá ningún costo para usted, en caso de detectar algún factor negativo o adverso a la adherencia al tratamiento se le notificará y proveerá el apoyo necesario con personal especializado.

Si usted participa, la información que nos dé, será confidencial; todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que sólo usará los códigos numéricos.

Si acepta participar, aun será libre para renunciar al estudio en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre su participación lo animamos a preguntar al personal del estudio en cualquier momento.

Firme abajo si desea participar en este estudio.

Las condiciones para participar en este estudio me han sido explicadas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar todas mis dudas.

Yo, _____, con mi firma, doy consentimiento para formar parte de este estudio bajo las condiciones explicadas.

Firma: _____

Fecha: _____